

pela grande influência no planejamento cirúrgico e prevenção de acidentes graves relacionados às lesões destes troncos venosos, dada a sua complexidade anatômica e importância médico-legal inerente ao seu diagnóstico.

–302–

LESÃO RENAL NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: REVISÃO DA LITERATURA COM CASOS ILUSTRATIVOS.

Márcio Luís Duarte¹; Jael Brasil Alcântara Ferreira¹; Daniella Brasil Solórzano¹; Douglas Domingues de Matos²; Fabrícia Tanaka Delcaro³; Elicio Roberto Duarte¹.

¹ Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos – Santos, SP; ² Webimagem – São Paulo, SP; ³ Tomovale – São José dos Campos, SP, Brasil.

E-mail: mld_44@hotmail.com.

Introdução: Lesões renais são vistas em aproximadamente 8% a 10% dos pacientes com ferimentos abdominais abertos ou fechados. Em cerca de 80% a 90% dos casos, são traumas fechados. Lesões renais graves estão comumente associadas a lesões de outros órgãos, ocorrendo em 80% dos traumas penetrantes e 75% dos traumas fechados. A hematuria está presente em mais de 95% dos casos de trauma renal. Porém, a ausência de hematuria não é traduzida pela ausência de lesão renal significativa. Sua ausência é relatada em cerca de 24% dos pacientes com trombose da artéria renal e em um terço das lesões da junção ureteropélvica (JUP). Crianças com trauma contuso e hematuria devem ser submetidas a exames radiológicos, independentemente da pressão arterial ou do grau de hematuria. **Discussão:** A tomografia computadorizada (TC) tem substituído a urografia excretora como a principal modalidade de avaliação das lesões renais, sendo mais sensível e específica. A TC demonstra precisamente a laceração renal, ajudando a determinar a presença e localização do hematoma renal com ou sem extravasamento arterial e indicar a presença de extravasamento urinário ou de segmentos desvascularizados de parênquima renal. Com a classificação, a TC determina a necessidade de intervenção cirúrgica ou não. É necessária a avaliação contínua dos rins através da TC, sendo que a técnica requer a injeção de contraste intravenoso, sendo a fase pós-contraste mais bem realizada quando feita três minutos após a injeção. A ultrassonografia é um bom método para detectar líquido na cavidade abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, mas é limitada quando comparada à TC na avaliação do parênquima renal. Para a conduta, existe a necessidade de classificação dos traumas através dos exames de imagem, que podem ser assim definidos, segundo Kawashima: I – Contusão microscópica ou hematuria grosseira. Presença de hematoma subcapsular não expansivo sem laceração parenquimatosa. Constituem 75% a 85% de todas as lesões renais. Tratamento conservador. II – Hematoma não expansivo para a região perirrenal, estando confinado ao retroperitônio. Presença de laceração importante através do córtex que se estende para a medula ou para o sistema coletor, com ou sem extravasamento de urina. Pode haver, na TC, extravasamento do contraste nas fases tardias. Compreendem cerca de 10% de todas as lesões renais. Tratamento conservador. III – Presença de múltiplas lacerações renais, incluindo a pelve renal e o sistema coletor, além de lesões vasculares que envolvem o pedículo renal, conduzindo a hemorragia extensiva e sangramento arterial ativo. Excreção do contraste da TC severamente prejudicada. A nefrectomia pode ser evitada se o tratamento for realizado nas primeiras 12 horas. Representam 5% de todas as lesões renais. IV – Lesão da junção ureteropélvica (raro), sendo classi-

ficada em transecção completa (avulsão) e ruptura (laceração incompleta) – diferenciadas pela presença de contraste no ureter distal à junção ureteropélvica na TC ou urografia excretora. Avulsão: tratamento cirúrgico. Laceração: tratamento conservador ou colocação de *stent*. Hematuria ausente em um terço dos pacientes. **Conclusão:** A TC desempenha papel importante na avaliação dos pacientes com lesões renais, facilitando a classificação radiológica das lesões traumáticas renais, direcionando e facilitando o tratamento de forma precoce do paciente. O ultrassom é um bom método para detectar líquido na cavidade abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, porém limitado em relação à TC na avaliação do parênquima renal.

–315–

COLOCAÇÃO DE SHUNT PORTOSSISTÊMICO INTRA-HEPÁTICO DIRETO (DIPS) NA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI ATRAVÉS DE PUNÇÃO PERCUTÂNEA DIRETA SIMULTÂNEA DAS VEIAS PORTA E CAVA INFERIOR: RELATO DE TRÊS CASOS.

Luciano Folador; Leandro Armani Scaffaro.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: lucianofolador@gmail.com.

Introdução: A síndrome de Budd-Chiari (SBC) caracteriza-se por obstrução do fluxo das veias hepáticas em algum nível, desde vênulas hepáticas até a junção da veia cava inferior (VCI) com o átrio direito. As estratégias de tratamento para SBC consistem na anticoagulação, na angioplastia de veias hepáticas e na descompressão da hipertensão portal pela criação de um *shunt* portossistêmico transjugular (TIPS). Trata-se de uma anastomose não cirúrgica que cria uma comunicação entre um ramo portal intra-hepático e uma veia hepática, através do parênquima do órgão, mantida pela colocação de uma prótese metálica. Durante o procedimento, o acesso ao ramo portal é realizado por punção trans-hepática a partir do posicionamento da agulha em uma das veias hepáticas. Entretanto, na SBC há oclusão dessas veias, tornando o procedimento mais complexo. Recentemente, Boyvat e colaboradores descreveram uma técnica alternativa para minimizar as dificuldades do procedimento na SBC, denominada *shunt* portossistêmico intra-hepático direto (DIPS – *direct intrahepatic portosystemic shunt*), que consiste na punção direta percutânea simultânea da veia porta e da VCI, seguida de captura do fio-guia pelo acesso transjugular. **Objetivo:** Relatar a criação de DIPS em três pacientes com SBC. **Métodos:** Os três pacientes (31 anos, feminino; 27 anos, masculino; 16 anos, masculino) apresentavam SBC com trombose das veias hepáticas causada por trombofilia por deficiência de fator V, e foram indicados ao tratamento devido a ascite refratária ao tratamento clínico. **Descrição da técnica:** Punção da veia jugular interna direita, com colocação de introdutor 10-F, mantido na porção intra-hepática da VCI. Após, percutânea trans-hepática do ramo direito da veia porta sob orientação ecográfica com agulha Chiba 18-G, seguida de progressão da agulha até a VCI, mantendo-se a mesma angulação. Após, é passado fio-guia teflonado, que é resgatado pelo acesso jugular através de cateter-laço. Com a saída do fio-guia pelo acesso jugular, segue-se o procedimento do TIPS conforme a sequência convencional. **Resultados:** Todos os procedimentos foram realizados com sucesso. Durante o período do seguimento (20, 10 e 1 meses, respectivamente) todos os pacientes continuaram com seus *shunts* pérvios e apresentaram resolução ou importante redução da ascite, sem complicações adicionais. **Conclusão:** A técnica alternativa DIPS em pacientes com SBC promove adequada implantação do *shunt*, sem complicações adicionais e com resultados satisfatórios.